呼吸器内科　問診票

下記の表のあてはまるところに記入または○・☑のしるしをつけて下さい。

			年　月　日
受診者　氏名		男・女	（Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ）
連絡先（携帯番号）			生年月日　年　月　日　歳

体温	℃	脈拍	回／分	Spo2	%	血圧	／

本日はどうなされましたか

1.　現在の症状を記載してください

2.　この症状はいつごろからありますか？　（　　）日前～　（　　）ヶ月前～

☐本日検査を希望する　☐検査は希望しない　☐検査をせずに処方を希望する

3.　これまでにかかった病気がありましたら、病名を記載してください

病名（　　）　年齢（　　）

4.　日常生活についてお伺いします

①お酒は飲みますか　（ 毎日　　合 ・ 時々 ・ 飲まない ）

②タバコは吸いますか　吸う（ 一日　本　歳から ）　・　一度も吸ったことがない

吸っていた（　歳）～（　歳）（　年間）　禁煙年齢（　歳）

③食欲はありますか　（ ある ・ あまりない ・ ない ）

④排便はいかがですか　日　回　（ 普通便 ・ 軟便 ・ 水様便 ・ 血便 ）

⑤最近体重の増減はありましたか　ある（　ヶ月　Kg ）　ない

⑥薬・食べ物などのアレルギーはありますか　ある（　　）　ない

⑦妊娠の可能性はありますか　ある　・　ない

⑧現在飲んでいる薬はありますか　ある［　　］

ない

⑨ここ最近渡航歴はありますか　ある（国名：　いつ頃　月頃）

ない

湘南東部クリニック